ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23-23 Date de publication : 1 décembre 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

SALMONELLA ENTERITIDIS LYSOTYPE 4 EN ONTARIO	F-1	177
MISE À JOUR : *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* AYANT UNE SENSIBILITÉ RÉDUITE À LA VANCOMYCINE – ÉTATS-UNIS, 1997	F-4	183

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Rapport provisoire

SALMONELLA ENTERITIDIS LYSOTYPE 4 EN ONTARIO

Introduction

Parmi les sérotypes de *Salmonella* qui provoquent des maladies et des décès chez l'humain, le sérotype *enteritidis* (SE) est l'un des plus courants[1]. Dans divers pays du monde, on observe une prévalence accrue de SE[2,3]. Ce germe a ainsi été isolé, chez l'homme, 13 fois plus souvent entre 1981 et 1987 au Royaume-Uni[1], et 8 fois plus souvent (entre 0,5 et 3,9 cas pour 100 000 habitants) entre 1976 et 1994 aux États-Unis. Dans ce dernier pays, SE représentait 26 % des sérotypes de *Salmonella* signalés en 1994[4].

Au Canada, le nombre d'infections à SE enregistrées par le Bureau de microbiologie du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) s'est élevé depuis le début des années 1980, passant de 307 en 1983 à 1 255 en 1994. Cette tendance se manifeste aussi bien par la plus forte proportion d'infections dues à ce sérotype (17 % en 1994 comparativement à 4 % en 1983) que par l'importance relative de SE parmi les sérotypes (depuis 1990, il vient au premier ou deuxième rang, alors qu'il occupait le cinquième rang en 1983). En 1991, 12,5 % des souches de *Salmonella* isolées chez l'humain appartenaient au sérotype *enteritidis*[5]. En 1994, les taux d'isolement de ce sérotype ont augmenté pour atteindre 17 %; ils n'étaient devancé, par ordre d'importance, que par *S. typhimurium* (19 %)[6]. En 1996, en Ontario, 17 % des souches isolées chez l'humain (522 sur 3 065) appartenaient au sérotype *enteritidis*, et 31 % (952 sur 3 065) au sérotype *typhimurium*[7].

Cette augmentation du nombre d'infections à SE au Canada coïncide avec une hausse importante de la déclaration de deux lysotypes (lt) : lt 4 et lt 8. Le Laboratoire national pour les pathogènes entériques (LNPE) n'a recensé que deux isolats de SE lt 4 en 1987, alors qu'il en avait dénombré annuellement plus de 100, en moyenne, entre 1992 et 1994. En 1994, 27 % (90 sur 331) des souches de SE isolées chez l'humain qui ont été reçues par le LNPE à des fins de lysotypie appartenaient au lt 4. La même année, une étude restreinte portant sur les souches de SE en Ontario a révélé que 30 % d'entre elles étaient du lt 4 (A. Borczyk, Direction des services de laboratoire [Etobicoke] : communication personnelle, 1997). D'autres pays ont signalé des augmentations encore plus marquées[1]. En Angleterre, par exemple, entre 1990 et 1994, SE lt 4 représentait 50 % des souches de *Salmonella* qui avaient été isolées[8]; en août 1996, ce même sérotype était à l'origine de 52 % des salmonelloses (2 244 sur 4 325)[9].

SE lt 4 pose un problème de santé publique particulier, parce qu'il est lié à des oeufs intacts, qui constituent un véhicule important de transmission de salmonelles aux humains[1,10]. Les souches de SE lt 4 se distinguent par leur virulence et leur pouvoir envahissant accrus chez les jeunes poussins à griller ainsi que par leur plus grande résistance à la chaleur, notamment aux diverses méthodes de cuisson des oeufs[10-12]. Dans le cas de la volaille, la transmission peut être aussi bien verticale qu'horizontale. Les poules pondeuses infectées peuvent être asymptomatiques et pourtant pondre des oeufs contenant SE lt 4. Ce microorganisme peut se multiplier dans les oeufs conservés à des températures > 8 °C[10].

Jusqu'en 1994, tous les cas d'infection à SE lt 4 chez l'humain étaient liés à des voyages, et il était rare, au Canada, que des souches soient isolées dans des échantillons du milieu recueillis dans des bandes de volaille[13]. Plus récemment, trois éclosions d'infection à SE lt 4 ont été signalées en 1994 : deux au Québec et une en Alberta[6]. On a fait état d'une autre éclosion d'infection à SE lt 4 au Québec en 1995[14]. Il y en a eu deux autres en 1996 : une en Ontario et une au Québec (Dr Styliadis, Service de lutte contre la maladie [North York] : communication personnelle, 1997).

Santé Canada Health Canada

Canada

En raison de ces deux éclosions récentes et de l'incidence générale- ment croissante de l'infection à SE, le LLCM – de concert avec les ministères de la Santé provinciaux et les services sanitaires locaux – exerce une surveillance accrue de SE dans la population canadienne, pendant une période de 12 mois. Les données ontariennes relatives à SE lt 4 qui ont été recueillies entre le 1er mai et le 31 décembre 1996 sont présentées ci-après.

Étude approfondie menée en Ontario

Entre le 1er mai et le 31 décembre 1996, le Laboratoire central de santé publique de l'Ontario a acheminé tous les isolats de SE au Laboratoire national pour les pathogènes entériques (LNPE) à des fins de lysotypie. La Direction de la santé publique de l'Ontario et les services locaux de santé publique ont procédé au suivi des cas de SE lt 4 qui avaient été recensés. Les inspecteurs-hygiénistes ont mené une enquête auprès des sujets atteints, au moyen d'un questionnaire de deux pages, et se sont enquis des voyages antérieurs des patients, de leur consommation d'oeufs ou d'autres aliments à risque et du type d'oeufs (crus, insuffisamment cuits ou bien cuits) consommés.

Les cas ont été classés par catégorie, selon qu'ils étaient indigènes (infection contractée au pays) ou importés (infection liée à un voyage); on considérait qu'un cas était importé lorsque le sujet avait voyagé à l'extérieur du Canada dans les 3 jours précédant l'apparition des symptômes. On a eu recours au test chi-carré pour déterminer les liens entre le voyage et la consommation d'aliments à risque.

Résultats

Au cours des 8 premiers mois de l'étude, entre le 1er mai et le 31 décembre 1996, on a relevé 68 cas d'infection à SE lt 4 parmi les résidents de l'Ontario, ce qui représente 17 % (68 sur 399) des souches de SE isolées au cours de la même période. Les questionnaires ont été remplis par 65 % (44 sur 68) des sujets atteints.

Les 44 cas étudiés habitaient 16 circonscriptions sanitaires différentes; 61 % (27 sur 44) ont indiqué avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 3 jours précédant leur maladie – 11 s'étaient rendus dans des pays d'Amérique centrale ou d'Amérique du Sud, sept en Europe, six en Asie du Sud-Est, deux aux États-Unis et un en Afrique. Les 17 cas indigènes appartenaient à neuf circonscriptions sanitaires différentes. Trois n'avaient fait que de courts voyages à l'intérieur du Canada avant leur maladie. Neuf des 17 cas faisaient partie de l'éclosion d'infection à SE lt 4 du nord de l'Ontario, qui avait mis en cause des oeufs produits au pays. Les cas importés et les cas indigènes étaient répartis de façon analogue selon le sexe et l'âge. Quarante-et-un pour cent des cas (18 sur 44) étaient de sexe masculin. La figure 1 fait état des répartitions selon l'âge.

Les sujets qui avaient voyagé à l'étranger et ceux qui étaient demeurés au pays avaient eu des comportements analogues en matière de consommation d'oeufs (tableau 1).

Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient mangé des oeufs crus ou « coulants » (insuffisamment cuits) au cours des 3 jours précédant leur maladie, 59 % des sujets qui étaient demeurés au pays (10 sur 17) ont répondu par l'affirmative, comparativement à 26 % (7 sur 27) des sujets qui s'étaient rendus à l'étranger. Le lien était significatif sur le plan statistique ($\chi^2 = 4.76$, $p = 0.029$).

Figure 1
Répartition selon l'âge des cas indigènes et des cas importés d'infection à *Salmonella enteritidis* lt 4 en Ontario

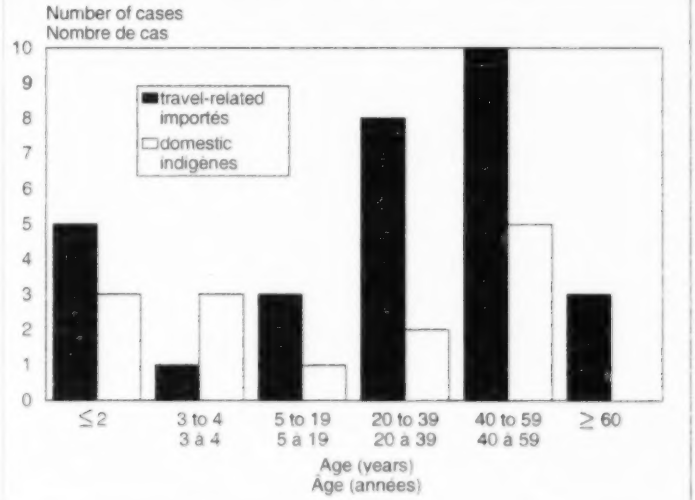


Tableau 1
Consommation d'oeufs chez les cas indigènes et les cas importés d'infection à *Salmonella enteritidis* lt 4 en Ontario

Oeufs consommés 3 jours avant la maladie	Indigènes	Importés	TOTAL
Oui	10 (59 %)	15 (56 %)	25 (57 %)
Non	1 (6 %)	8 (30 5)	9 (21 %)
Ne sait pas	6 (35 %)	4 (15 %)	10 (22 %)
Total	17	27	44

On trouve au tableau 2 une liste des autres aliments à risque que les sujets se rappellent avoir consommés dans les 3 jours précédant leur maladie. Le lien entre les antécédents de voyage et la consommation d'autres aliments, à l'exception de la viande achetée congelée, n'était pas significatif.

La figure 2 indique les mois pendant lesquels les isolats de *Salmonella* provenant des cas indigènes et des cas importés ont été reçus par le laboratoire provincial; les 17 cas indigènes sont survenus exclusivement pendant les mois les plus chauds, soit entre mai et août.

Analyse

Les résultats de la présente étude indiquent que l'infection à SE lt 4 chez les résidents de l'Ontario peut avoir été contractée au pays. Parmi les 17 cas indigènes, huit n'étaient pas associés à l'éclosion de cette infection signalée dans le nord de l'Ontario, éclosion dont le lien avec des oeufs produits au pays avait déjà été établi. Ce résultat évoque la possibilité qu'il existe de nombreux réservoirs de SE lt 4 en Ontario, même s'il n'est pas exclu qu'il y ait eu plus d'une éclosion ayant une même source.

La consommation d'oeufs et d'oeufs « coulants » chez les cas indigènes indique que les oeufs vendus localement pourraient être à l'origine de l'infection chez les résidents de l'Ontario. Les sujets

Tableau 2
Autres aliments à risque consommés dans les 3 jours précédant leur maladie par les cas indigènes et importés d'infection à *Salmonella enteritidis* lt 4 en Ontario

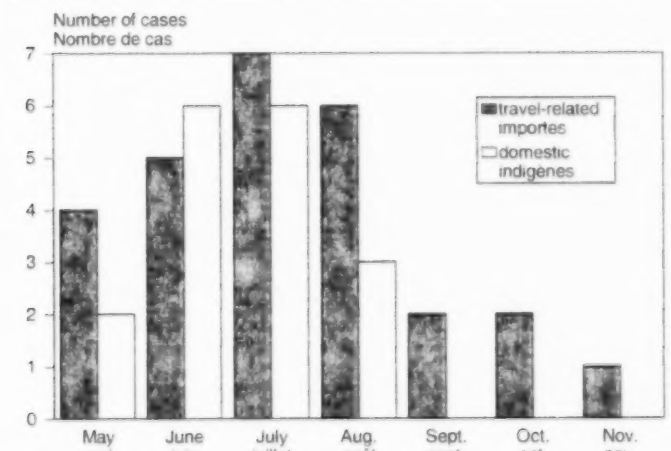
Autres aliments consommés	Indigènes (n=17)	Importés (n=27)	Total
Oeuf bien cuit	5 (29 %)	11 (41 %)	16 (36 %)
Meringue	1 (6 %)	1 (4 %)	2 (5 %)
Mayonnaise-maison	0	1 (4 %)	1 (2 %)
Sandwich aux oeufs	2 (12 %)	3 (11 %)	5 (11 %)
Autre plat à base d'oeufs	3 (18 %)	3 (11 %)	6 (14 %)
Poulet prêt à servir	4 (24 %)	11 (41 %)	15 (34 %)
Poulet acheté congelé	4 (24 %)	2 (7 %)	6 (14 %)
Poulet acheté frais	5 (29 %)	6 (22 %)	11 (25 %)
Viande en tranches	3 (18 %)	1 (4 %)	4 (9 %)
Autre viande achetée congelée*	4 (24 %)	0	4 (9 %)
Autre viande achetée fraîche	7 (41 %)	5 (19 %)	12 (27 %)
Légume cru préemballé	0	2 (7 %)	2 (5 %)
Légume cru ou salade	6 (35 %)	6 (22 %)	12 (27 %)

* Chi-carré $p < 0.05$

qui étaient demeurés au pays étaient plus nombreux à avoir consommé des oeufs insuffisamment cuits que ceux qui s'étaient rendus à l'étranger. Il est toutefois impossible, dans un contexte autre que celui d'une éclosion isolée, d'évaluer le risque réel de contracter une infection à SE lt 4 en consommant des oeufs produits au pays; il faudrait, pour ce faire, avoir accès à des données plus probantes, obtenues dans le cadre d'une étude cas-témoins de l'infection endémique à SE lt 4 au Canada.

On continue de recueillir des données sur l'infection à SE dans l'ensemble du Canada. Il est ainsi possible, à mesure qu'augmente le corpus de données, d'évaluer avec plus de précision l'ampleur du problème posé par SE lt 4 au pays. Les résultats d'une étude nationale de 12 mois seront exposés dans un rapport final.

Figure 2
Répartition mensuelle des isolats reçus par le laboratoire provincial et provenant des cas indigènes et importés d'infection à *Salmonella enteritidis* lt 4 en Ontario



Références

1. Cox JM. *Salmonella enteritidis: the egg and I.* Aust Vet J 1995;72(3):108-15.
2. Giessen AW, Dufrenne JB, Ritmeester WS et coll. *The identification of **Salmonella enteritidis** – infected poultry flocks associated with an outbreak of human salmonellosis.* Epidemiol Infect 1992;109:405-11.
3. Binkin N, Scuderi G, Novaco F et coll. *Egg-related **Salmonella enteritidis**, Italy, 1991.* Epidemiol Infect 1993;110:227-37.
4. CDC. *Outbreaks of **Salmonella** serotype **enteritidis** infection associated with consumption of raw shell eggs – United States, 1994-1995.* MMWR 1996;45:737-42.
5. Lior H, Khakhria R. *Canada's most common **Salmonella** serotypes and **Salmonella enteritidis** phagetypes (1990-91).* Safety Watch 1992;27:3.
6. Khakhria R, Woodward D, Johnson W. ***Salmonella, Shigellae**, pathogenic **E. coli, Campylobacter** and **Aeromonas** identified in Canada: annual summary 1994.* Ottawa (Ont.) : Laboratoire national pour les entéropathogènes, LLCM, Santé Canada, 1996.
7. Ontario Ministry of Health. *Enteric Reference Laboratory Report.* Toronto (Ont.) : Ontario Ministry of Health, 1996.
8. ***Salmonella** infections, England and Wales: reports to the PHLS (**Salmonella** data set).* CDR Wkly 1996;6:47.
9. Idem. Ibid:356.
10. Humphrey TJ. *Public health implications of the infection of egg-laying hens with **Salmonella enteritidis** phage type 4.* Worlds Poult Sci J 1990;46:5-13.
11. Humphrey TJ, Slater E, McAlpine K et coll. ***Salmonella enteritidis** phage type 4 isolates more tolerant of heat, acid, or hydrogen peroxide also survive longer on surfaces.* Appl Environ Microbiol 1995;61:3161-64.
12. Gast RK, Benson ST. *The comparative virulence for chicks of **Salmonella enteritidis** phage type 4 isolates and isolates of phage types commonly found in poultry in the United States.* Avian Dis 1995;39:567-74.
13. Poppe C. ***Salmonella enteritidis** in Canada.* Inter J Food Microbiol 1994;21:1-5.
14. Khakhria R, Woodward D, Johnson W. ***Salmonella, Shigellae**, pathogenic **E. coli, Campylobacter** and **Aeromonas** identified in Canada: annual summary 1995.* Ottawa (Ont.): National Laboratory for Enteric Pathogens, LLCM, Santé Canada, 1997.

Source : *S Isaacs, MSc, épidémiologiste d'intervention, P Sockett, PhD, J Wilson, DMV, DVSc, PhD, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa; S Styliadis, DMV, Service de lutte contre la maladie, Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, North York; A Borczyk, MSc, Direction des services de laboratoire, ministère de la Santé de l'Ontario, Etobicoke (Ont.) (également publié dans PHERO, Vol 8, N° 11, 1997).*

Commentaire de la rédaction

C'est dans les années 1980 que SE s'est manifesté à l'échelle internationale, et le nombre de cas d'infection due à ce sérotype a augmenté rapidement par la suite. En

1996, 16,4 % (1 576 sur 7 034) des salmonelloses chez l'humain qui ont été déclarées au Canada étaient dues à SE, et ce dernier était le deuxième sérotype le plus souvent isolé, après *S. typhimurium*. Parmi les 984 échantillons ayant fait l'objet d'une lysotypie, ce sont les lysotypes 4 (lt 4) et 8 (lt 8) qui étaient les plus courants, représentant ensemble environ 66 % des isolats de SE dont le lysotype avait été déterminé. En Angleterre et aux Pays-Bas, SE était le sérotype de *Salmonella* qui avait été le plus souvent isolé en 1996 : 63 % des souches de *Salmonella* isolées dans ces pays appartenaient à ce sérotype. De ce nombre, 72 % étaient du lysotype 4, et SE lt 4 était à l'origine de 45 % des salmonelloses enregistrées cette année-là[1]. Aux États-Unis, SE est également devenu le sérotype de *Salmonella* le plus souvent isolé et est responsable de 25 % des salmonelloses déclarées dans ce pays[2].

Les infections à SE, en particulier à SE lt 8 en Amérique du Nord et à SE lt 4 en Europe, ont été liées à la consommation d'aliments contenant des oeufs crus ou légèrement cuits. Lors de l'une des plus importantes éclosions survenues aux États-Unis, environ 250 000 cas d'infection à SE lt 8 ont été causées par de la crème glacée distribuée dans l'ensemble du pays; le pré-mélange pasteurisé de crème glacée avait été contaminé pendant le transport dans des camions-citernes ayant auparavant contenu des oeufs crus liquides[3]. Bien souvent, les éclosions incitent les autorités sanitaires à se pencher sur les cas de toxi-infection alimentaire, mais ce sont les cas sporadiques qui posent le plus de problèmes. On ne peut concevoir et appliquer des stratégies sanitaires efficaces de prévention des toxi-infections alimentaires que dans la mesure où l'on comprend bien l'épidémiologie des cas sporadiques. La lysotypie et d'autres nouvelles techniques moléculaires de sous-typage permettent d'accroître l'efficacité et la rapidité d'intervention d'un système de surveillance, en particulier lorsque le sérotype est répandu. Grâce à ces techniques de laboratoire, il est possible de reconnaître les éclosions de toxi-infection alimentaire qui, autrement, passeraient inaperçues en raison de l'interférence ou de la dispersion des cas. On est en outre mieux en mesure de distinguer les véritables cas sporadiques. Ainsi, c'est grâce à un système de surveillance en laboratoire faisant appel à l'électrophorèse en champs pulsés que le *Department of Health* du Minnesota a pu identifier une souche endémique de SE associée à la consommation d'oeufs du Midwest et faire ressortir un problème émergent de diarrhée du voyageur causée par SE lt 4[4].

Le présent rapport, soumis par l'Ontario, montre que l'infection à SE lt 4 est contractée aussi bien au pays qu'à l'étranger. Il est particulièrement intéressant de noter que, selon les données provisoires, les infections à SE lt 4 ne surviennent que pendant les mois les plus chauds. La consommation accrue d'oeufs crus pendant cette période pourrait expliquer ce phénomène. La *Menu Census Survey* effectuée aux États-Unis révèle que 40 % des oeufs crus sont consommés pendant les mois de juillet et de septembre[5]. La plus forte probabilité que des oeufs contaminés soient présents aux points de vente pendant cette période pourrait aussi expliquer ce risque accru d'infection.

Vingt-cinq pour cent des cas d'infection à SE lt 4 sont survenus chez les jeunes enfants et les personnes âgées (≤ 2 ans et ≥ 60 ans). On sait que les personnes appartenant à ces groupes d'âge risquent davantage de contracter la salmonellose, mais il se peut également qu'elles soient plus nombreuses à consulter un médecin en présence de symptômes ou à subir des tests de laboratoire.

Les stratégies visant à prévenir l'infection à SE due à la consommation d'oeufs passent par une évaluation approfondie, de la ferme à la table, du risque présenté par les oeufs et les produits à base d'oeufs. Cette évaluation comprend une analyse de la production, du traitement, de la distribution, de la préparation et de la consommation d'oeufs ainsi que de ses répercussions sur la santé publique[5]. La surveillance accrue de l'infection à SE au Canada facilitera considérablement l'évaluation du risque associé à ce problème émergent à l'échelle planétaire.

Références

1. Communicable Disease Surveillance Centre. ***Salmonella*** *in humans: the PHLS* ***Salmonella*** *dataset England and Wales*, 1981-1996. Accessible à l'adresse suivante : URL: <http://www.open.gov.uk/cdsc/site_fr3.htm>. Date d'accès : 14 octobre 1997.
2. Tauxe R. *Emerging foodborne diseases: an evolving public health challenge*. EID 1997:3(4): publication anticipée. Accessible à l'adresse suivante : URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol3no4/tauxe.htm>. Date d'accès : 14 octobre 1997.
3. Hennessey TW, Hedberg CW, Slutsker L et coll. *A national outbreak of* ***Salmonella enteritidis*** *infections from ice cream*. N Engl J Med 1996:334:1281-86.
4. Hogan JA, Hedberg C, Besser J et coll. *Travel associated* ***Salmonella enteritidis*** *phage-type 4 infections identified by pulsed-field gel electrophoresis (PFGE)*. Abstracts of the 37th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. American Society of Microbiology 1997:338 [K-61].
5. The Shell Eggs & Egg Products Risk Assessment Core Group. *Parameter values for a risk assessment of* ***Salmonella enteritidis*** *in shell eggs and egg products*. (ébauche, 21 août 1997). U.S. Department of Agriculture Food Safety and Inspection Service. Accessible à l'adresse suivante : URL: <http://www.usda.gov/fsis/sedata.htm>. Date d'accès : 3 octobre 1997.

Notes internationales

MISE À JOUR : *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* AYANT UNE SENSIBILITÉ RÉDUITE À LA VANCOMYCINE – ÉTATS-UNIS, 1997

Staphylococcus aureus est l'une des principales causes d'infection hospitalière et extra-hospitalière dans le monde. Depuis l'émergence de souches de *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les années 80 aux États-Unis, la vancomycine est devenue l'antimicrobien de choix dans le traitement des infections graves à SARM. Un premier cas d'infection par une souche de *S. aureus* présentant une sensibilité réduite à la vancomycine (concentration minimale inhibitrice [CMI] = 8 µg/mL) a été signalé au Japon en mai 1996. En août 1997, la première souche américaine de *S. aureus* affichant une résistance intermédiaire à la vancomycine (SARIV; CMI = 8 µg/mL) a été isolée au Michigan. Le présent rapport fournit des données à jour sur l'enquête en cours

au Michigan et décrit les résultats préliminaires d'une enquête portant sur un deuxième cas d'infection à SARIV chez un patient du New Jersey.

Cas 1 : En juillet 1997, une péritonite due à SARIV a été diagnostiquée chez un résident du Michigan soumis à une dialyse péritonéale ambulatoire prolongée. En janvier et en juin, le patient a reçu plusieurs cures de vancomycine par voie intrapéritonéale et intraveineuse pour des épisodes répétés de péritonite due à SARM et sensible à la vancomycine. Bien qu'une résistance intermédiaire à la vancomycine ait été observée, l'isolat de SARIV était sensible au chloramphénicol, à la rifampicine, au triméthoprime-sulfaméthoxazole et aux tétracyclines. Le patient continue de recevoir un traitement antimicrobien à domicile. Dans le cadre de l'enquête, des cultures ont été effectuées à partir d'échantillons prélevés sur les mains et dans les narines des contacts familiaux du patient index, des personnes qui partageaient sa chambre à l'hôpital et du personnel soignant. Même si *S. aureus* a été isolé dans 13 (25,4 %) des 51 cultures de prélèvements provenant des mains et dans huit (15,6 %) des 51 cultures de sécrétions nasales, aucune de ces cultures ne contenait SARIV.

Cas 2 : En août 1997, une septicémie associée à SARIV a été diagnostiquée chez un résident du New Jersey qui était depuis longtemps colonisé par SARM et avait souffert d'infections répétées à SARM depuis février. Le patient n'était pas soumis à une dialyse continue. En outre, depuis février, le patient avait été colonisé par des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV). En mars et en août, il avait reçu plusieurs cures de vancomycine pour des bactériémies répétées à SARM. En août, une hémoculture a cultivé une souche de SARM qui présentait une résistance intermédiaire à la vancomycine (CMI = 8 µg/mL); toutes les souches antérieures de SARM avaient été sensibles à la vancomycine. Cet isolat de SARIV a été expédié aux *Centers for Disease Control and Prevention* aux États-Unis, où sa résistance intermédiaire a été confirmée; l'isolat était sensible à la gentamicine, au triméthoprime- sulfaméthoxazole, aux tétracyclines et à l'imipenem. Le patient continue de recevoir un traitement antimicrobien à domicile.

Note de la rédaction du MMWR : L'émergence de SARIV aux États-Unis laisse craindre le développement de souches de *S. aureus* affichant une résistance complète à la vancomycine. Ces épisodes montrent à quel point il est nécessaire d'accroître les ressources de laboratoire tant dans les hôpitaux que les services des États pour être en mesure d'identifier ces souches, et soulignent l'importance d'un usage parcimonieux des antimicrobiens et la nécessité d'adopter intégralement les mesures recommandées de lutte contre l'infection afin de prévenir la transmission de ces souches. Pour enrayer la propagation de ces organismes à l'intérieur des établissements et d'un établissement à l'autre, on recommande au personnel soignant et aux établissements 1) d'utiliser une méthode quantitative (dilution en bouillon, dilution en gélose ou diffusion en gélose) pour identifier ces souches; 2) de veiller à ce qu'on utilise comme il convient la vancomycine, notamment qu'on étudie les antibiogrammes afin de trouver des antibiotiques de remplacement[1]; 3) de renseigner le personnel soignant sur les conséquences sur le plan épidémiologique de l'émergence de telles souches et sur les mesures appropriées de lutte à prendre pour prévenir leur propagation; 4) d'observer scrupuleusement les mesures d'isolement des contacts et autres précautions recommandées et voir à ce qu'elles soient respectées; et 5) de surveiller l'émergence de souches résistantes. Des recommandations détaillées visant à prévenir, à détecter et à contrer les infections à *S. aureus* ayant une sensibilité réduite à la vancomycine ont été publiées[2].

Références

1. CDC. *Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance; recommendations of the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. MMWR 1995;(no. RR-12).

2. CDC. *Interim guidelines for prevention and control of staphylococcal infection associated with reduced susceptibility to vancomycin*. MMWR 1997;46:626-28, 635-36.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 46, N° 35, 1997.*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques	D^r^ John Spika	(613) 957-4243
	D^r^ Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditrice	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pre Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des service aux membres	N° de téléphone :	(613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes au Canada; 105 $ US à l'étranger)
Abonnement préférentiel : 150 $ (et frais connexes au Canada; 175 $ US à l'étranger)

© Ministre de la Santé 1997

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc